UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 38

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ASSISTANCE AU NOURRISSON

Création d'une Pouponnière à l'Hôpital Parnet

La nature a fait les enfants
pour être aimés et secourus.
J. J. ROUSSEAU.

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juillet 1920

PAR

SOMNIER, Edmond

Né à Constantine, le 28 Novembre 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et microbiologie*..
RAYNAUD, *Chargé des fonctions d'agrégé (Médecine)*..... JUGES.
MARCHAND, *Chargé des fonctions d'agrégé (Médecine)*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ASSISTANCE AU NOURRISSON

Création d'une Pouponnière à l'Hôpital Parnet

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 38

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ASSISTANCE AU NOURRISSON

Création d'une Pouponnière à l'Hôpital Parnet

La nature a fait les enfants
pour être aimés et secourus.
J.-J. ROUSSEAU.

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juillet 1920

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

SOMNIER, Edmond

Né à Constantine, le 28 Novembre 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.
SOULIÉ, *Professeur de pathologie générale et microbiologie*..
RAYNAUD, *Chargé des fonctions d'agrégé (Médecine)*..... JUGES.
MARCHAND, *Chargé des fonctions d'agrégé (Médecine)*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (O. ✻, I. ⓘ).
ASSESSEUR	HÉRAIL (I. ⓘ).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ⓘ).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ⓘ).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✻, I. ⓘ, ⓑ).
Chimie médicale	X.....
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ⓘ).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ⓘ).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✻, I. ⓘ).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ⓘ).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, I. ⓘ).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ⓘ).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ⓘ).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ⓘ, O. ⓞ).
Histologie	ARGAUD (✻, I. ⓘ).
Hygiène	CHASSEVANT (✻, I. ⓘ, ⓞ).
Médecine légale	MICHELEAU (✻).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ⓘ).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✻, I. ⓘ).
Pharmacie	MUSSO (A. ⓘ).
Physiologie	TOURNADE (✻).
Physique médicale	DUFOUR (I. ⓘ).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✻).
REY (✻, I. ⓘ).
MM. BATTANDIER (I. ⓘ).
MALOSSE, Théod. (I. ⓘ, ⓑ).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, I. ⓘ).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✻, I. ⓘ). LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD. M. DUMOLARD. MARCHAND.
Accouchements	FUSTER (✻, I. ⓘ).
Chimie	H. MALOSSE (I. ⓘ).
Parasitologie et sciences naturelles	X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la mémoire de ma Mère

A mon Frère

A ma Femme

A mes Beaux-Parents

A ma Famille

A mon Maître

Monsieur le Professeur CRESPIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qui m'a fait le très grand honneur
de présider ma thèse,

Hommage de sincère
et profonde reconnaissance.

A mes Juges

A Monsieur le Docteur PÉLISSARD

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,

Témoignage d'estime et de gratitude.

A mes Maîtres
de la Faculté et de l'Hôpital

A mes Amis

JE DÉDIE CETTE THÈSE.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté d'Alger, qu'il nous soit permis, à l'occasion de nôtre thèse inaugurale, de manifester notre extrême reconnaissasce à tous nos maîtres de la Faculté et de l'Hôpital, pour les conseils éclairés qu'ils ont bien voulu nous prodiguer pendant toute la durée de nos études médicales.

Nous tenons à témoigner notre infinie gratitude à M. le professeur Crespin, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et qui, après avoir connu le sujet que nous avions choisi, nous donna avec son habituelle bienveillance, tous les renseignements pouvant nous être utiles.

A M. le docteur Pelissard, qui nous inspira le sujet de cet ouvrage, nous exprimons notre profonde affection et tous nos remerciements. Durant les trop courts moments que nous avons passés dans son service, il nous a, par son affabilité coutumière et sa bienveillance, appris à l'estimer et à l'aimer.

Nous remercions vivement aussi, M. l'Inspecteur

départemental des Enfants assistés, qui voulut bien nous donner avec une extrême obligeance tous les renseignements, susceptibles de nous rendre service.

A tous nos camarades d'étude, nous adressons l'assurance de notre sincère amitié.

INTRODUCTION

« La France manque d'enfants ! » Combien nombreux sont les hygiénistes et les philanthropes qui ont déjà poussé ce cri d'alarme, et cherché à démontrer le terrible danger qu'est pour notre pays, cette diminution excessive de la natalité.

La funeste guerre qui a fauché un million et demi d'hommes, parmi lesquels tant de pères de famille, a considérablement aggravé cette situation, et placé la France, par le chiffre de sa population, au rang d'une puissance de second ordre. Quelle menace pour l'avenir ! C'est notre décadence, c'est la fin de notre pays !

Si peu d'enfants naissent chez nous, il en meurt, hélas ! aussi beaucoup trop ; 170.000 environ disparaissent chaque année. Les statistiques très précises de Ballestre et Giletta, montrent que sur 1000 individus de tout âge qui meurent, 167 sont des enfants de 0 à 1 an. « Sans doute, les premiers mois et les premières semaines de la vie, contre lesquels conspirent tant de causes de maladie et de mort, donneront toujours quoiqu'on fasse, une proportion de décès supérieure à celle des autres périodes, celle de l'extrême vieillesse exceptée, mais n'est-il pas humiliant pour notre temps et pour le pays, qu'en dépit de l'Hygiène publique et privée, la mortalité des nouveau-nés soit assez élevée ;

pour qu'on ait pu dire, chiffres en mains, qu'un enfant qui naît a moins de chances de vivre une semaine qu'un homme de 90 ans, et moins de chances qu'un octogénaire de vivre un an ! »

Ces paroles de Bergeron, sont plus que jamais d'actualité. Nous avons un impérieux devoir, celui de conserver les enfants que nous avons.

On a déjà beaucoup écrit et beaucoup fait en faveur des tout petits. Des lois ont été votées, des capitaux et des bonnes volontés trouvées. On a enfin amélioré (mais encore trop peu), le sort de la femme employée dans les grands centres ouvriers, en ouvrant des refuges et des maternités ; car en protégeant la mère, on protège son enfant. On a fondé des gouttes de lait, des consultations de nourrissons, des établissements modèles dans le genre de celui de Porchefontaine dans toutes les grandes villes de France : Paris, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Nantes, etc.... Une véritable science a été organisée, celle de la puériculture, à laquelle, parmi tant d'autres, s'est adonné M. le professeur Pinard, et dont notre maître, M. le professeur Crespin, créateur de la seule consultation officielle de nourrissons existant à Alger, s'est fait ici le dévoué propagateur. Chaque jour qui vient apporte une nouvelle initiative, une réforme quelconque en faveur de la première enfance.

Parmi les nouveau-nés, il en est une catégorie, hélas ! bien pitoyable, et pourtant bien intéressante ; nous voulons parler de l'enfant abandonné. Autant que tout autre nourrisson, celui-ci a droit à la vie ; plus que les autres, il a droit aux secours de la société et de l'Etat, qui doivent subvenir à tous ses besoins pour lui conserver l'existence.

L'éminent législateur, Théophile Roussel, par une loi qui l'a rendu immortel et qui porte son nom, s'est le premier préoccupé vivement de la protection de l'enfant du premier âge. On s'est aperçu pourtant à l'usage, que plusieurs lacunes existaient encore, et une autre loi sur le service des enfants assistés a été promulguée le 27 juin 1904.

Le fonctionnement de l'Assistance à l'enfant abandonné est réglé uniquement par ces deux lois, en Algérie comme en France.

Il nous a paru intéressant et utile de faire dans ces quelques pages, une étude sur le nourrisson abandonné, dans notre colonie, à Alger particulièrement ; de passer en revue les moyens employés aujourd'hui par l'Etat pour lui venir en aide, et ceux auquels il pourrait peut-être plus avantageusement recourir pour le protéger. Nous terminerons ce travail en essayant de mettre nos idées en pratique, par l'exposé d'un projet de construction d'une pouponnière pour l'enfant assisté.

Première Partie

ÉTUDE DE L'ASSISTANCE AU NOURRISSON A ALGER

I

En suivant le chemin de ronde de l'Hôpital de Mustapha, on peut y voir, à l'endroit le plus désert, une niche creusée dans le mur ; c'est le tour, où la femme désireuse d'abandonner son enfant, vient l'y jeter une belle nuit.

Supprimé en France, le tour attirait, paraît-il, à Alger il y a encore quelques années, (des enquêtes l'ont plus tard prouvé), des femmes de la métropole, qui venaient ici dans le seul but de se débarrasser de leur produit, et qui, leur coup fait, embarquaient par le premier paquebot et retournaient tranquillement chez elles.

Le bureau ouvert, fut créé à Alger le 1er janvier 1908. Dans l'esprit du législateur, ce bureau aurait permis quelquefois de ramener la mère décidée à abandonner son nourrisson, à une plus juste compréhension de ses devoirs, et de l'aider pécuniairement, pour qu'elle consente à le conserver.

Si dans quelques rares occasions, le bureau ouvert

remplit ce but et rend une mère à son enfant, bien plus souvent, (ce que nous avançons va peut-être paraître paradoxal), il favorise l'abandon. En effet, parmi les femmes qui veulent se défaire de leur progéniture, quelques-unes sont d'une mentalité tellement basse et criminelle, que nulle objurgation ne les fera revenir sur leur décision, et, que ce soit au tour, que ce soit au bureau ouvert, ou même sur un trottoir ou dans le coin d'un jardin public, elles l'abandonneront toujours.

Mais il existe une autre catégorie de femmes qui, mises en présence d'arguments persuasifs, pourraient sentir leur cœur s'ouvrir à l'amour maternel, et consentiraient peut-être à garder leur enfant. Ces femmes ne mettent pas les pieds au bureau ouvert. Filles séduites pour la plupart, elles accouchent clandestinement, et encore sous l'effet du choc physique et moral subi, elles écoutent les conseils de la matrone qui les a délivrées, et c'est cette dernière qui vient au bureau apporter l'enfant. Celle-ci, aucun argument ne la touchera, car si elle rapportait le poupon elle perdrait sa commission. Bien mieux, elle endormira les scrupules naissants de la nouvelle mère, en prétendant que son bébé a été mis en nourrice. C'est ainsi que l'on a pu constater que ce sont en général toujours les mêmes sages-femmes qui viennent déposer leur colis humain à l'Assistance publique.

II

Confié à l'administration, que va devenir l'enfant ? Antérieurement à la loi Roussel, les enfants assistés étaient placés sous le régime des hospices avec un tuteur légal, désigné par la commission consultative de l'Hôpital. On les mettait tous à l'orphelinat des sœurs de

Saint-Vincent-de-Paul. Les nourrissons admis étaient envoyés en nourrice par les soins des religieuses de l'établissement.

La loi Roussel fut appliquée en Algérie, dès qu'elle fut promulguée. Tous les enfants confiés à l'Assistance publique, les nourrissons secourus ou en dépôt, les nourrissons en garde, les enfants trouvés ou abandonnés, les orphelins furent envoyés régulièrement en nourrice.

Au début, les résultats furent heureux. On trouvait à recruter facilement de bonnes remplaçantes, parmi la population espagnole et italienne de la colonie, et comme on avait le choix les bébés étaient élevés dans des conditions satisfaisantes. Peu à peu les nourrices européennes devinrent moins abondantes, et on commença à les chercher chez la femme indigène. Depuis six ans, c'est là le seul mode de recrutement. Il n'existe pour ainsi dire plus de nourrices mercenaires européennes se proposant pour allaiter un enfant assisté.

Indépendamment de cette organisation officielle, il y eut à Alger des établissements dus à l'initiative privée. Un essai de pouponnière fut fait rue Meissonnier. Il n'aboutit pas. Un autre essai fut tenté par une sage-femme, Mme Tanguy. Subventionnée par la Colonie, le département et la commune, celle-ci créa une pouponnière, rue d'Isly, mais le local primitif n'étant pas indiqué pour un pareil établissement, elle fut alors transportée dans une villa très bien installée, avec couveuses d'un modèle récent pour prématurés. Quelques nourrissons furent confiés. L'allaitement était pratiqué par des nourrices. Les résultats furent favorables, mais on ne sait pour quelles raisons, la fondatrice de cette œuvre l'abandonna au bout de quelque temps.

A l'heure actuelle, l'Assistance publique place tous ses enfants en nourrice, et quelques-uns temporairement à la petite crèche qui est son œuvre.

III

De tous temps, de nombreux griefs ont été formulés contre l'allaitement par une remplaçante. Un des principaux que l'on peut faire contre une nourrice, c'est qu'elle peut, pour allaiter un nourrisson étranger, abandonner son propre enfant. La loi Roussel dit (Article VIII) : « .....Toute personne qui veut se placer comme nourrice, est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant et constatant qu'il est âgé d'au moins sept mois révolus, ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme, remplissant les conditions qui seront déterminées par le règlement d'administration publique. »

Pourquoi la loi fixe-t-elle cette limite de sept mois ? « ...Tout ce qui éloigne l'enfant de sa mère, est un danger de mort !... ». Ce danger ne sera-t-il pas le même, quand le nourrisson aura atteint sept mois ? Nous prétendons que cet article ne devrait pas être en vigueur en Algérie, car dans ce pays, où les grosses chaleurs du début de l'été offrent un terrain tout préparé pour l'éclosion de la gastro-entérite, tout nourrisson sevré à cette époque est presque infailliblement perdu. Or, nombreuses seront les nourrices qui ne craindront pas, pour de l'argent, de priver leur enfant du sein dont elles iront nourrir un autre.

Dans un autre ordre d'idées, Mlle Richard s'est, à

juste raison, élevée, dans une thèse récente soutenue à notre Faculté, contre le recrutement des nourrices de l'Assistance, et a démontré en s'appuyant sur des observations médicales probantes, quels dangers pouvait offrir pour l'enfant une femme dont la santé ne présentait pas toutes les garanties voulues : « En août et en septembre 1918, Mlle Athias obtint qu'on amenât à la consultation de l'Hôpital civil, les enfants assistés âgés de moins de trois ans. Une soixantaine furent examinés : examen clinique, épreuve à la tuberculine (intra-dermo réaction) et rayon X. De ces enfants considérés comme sains, 20 % étaient tuberculeux (1). Combien de femmes ont-elles ainsi contaminé les enfants à elles confiés ?

Une enquête personnelle nous a permis d'apprendre que cet état de choses était dû en grande partie, à la pénurie presque complète des nourrices. La femme indigène, chez laquelle la plupart des nourrices de l'Assistance se recrutaient depuis six ans, (nous l'avons vu tout à l'heure), accepte difficilement, à l'heure actuelle, d'allaiter un nourrisson. Ceci est dû à ce que le mari, qui le plus souvent est un ouvrier du port ou d'ailleurs, gagne depuis la guerre des journées triples et quadruples de celles qu'il touchait auparavant. L'aisance étant venue dans le ménage, il n'accepte plus cette gêne qu'est un nourrisson, et comme le salaire d'une nourrice est assez faible, malgré les primes, malgré les petits avantages qui leur sont offerts, il est presque impossible de trouver une femme qui veuille louer son sein pour allaiter un enfant. Cette situation est devenue du reste identique partout. C'est ainsi que

(1) Thèse Richard. Page 31, Alger 1920.

dans le Pas-de-Calais où l'on trouvait annuellement avant la guerre 150 nourrices environ pour Paris, il ne s'en est présenté que 10 l'année dernière.

Nous pouvons nous demander si cette insuffisance de nourrices n'est pas un bien pour le nourrisson. Si l'on examine l'immonde saleté des taudis où nichent en général quelques-unes de celles qui acceptent encore des enfants, on comprend difficilement comment un nourrisson peut résister au régime auquel il est soumis, sans la moindre hygiène corporelle, baignant dans des langes souillées, si l'on peut appeler langes, les infects chiffons dont il est enveloppé, respirant l'air vicié d'une pièce sans lumière, prenant le sein quand on pense à le lui donner, c'est-à-dire trop ou trop peu, et mangeant à l'époque du sevrage, toutes sortes de mets qu'un estomac d'adulte aurait quelquefois de la peine à digérer. Le soir venu, comme le moindre cri dérangerait le mari dans son sommeil, une bonne infusion de pavot administrée au moment voulu apportera la tranquillité nécessaire au repos de l'époux. Ce mari de plus, se résigne difficilement à une chasteté absolue et bien souvent une nouvelle grossesse vient apporter le trouble dans l'allaitement. Dans ce cas, l'enfant est rendu à l'Assistance. Sinon la femme cache tant qu'elle peut son nouvel état et le nourrisson en pâtit.

En outre, quelle surveillance effective peut-elle être demandée avec la dissémination des nourrices dans les quartiers les plus divers, chez des femmes à qui de vieux et indéracinables préjugés de race et de religion défendent de se montrer et de se faire visiter par un médecin ? Comment le médecin-inspecteur pourra-t-il vaincre tous ces obstacles et voir le nourrisson, ne serait-ce que pour le peser. Si par hasard il y réussit,

il le verra deux minutes dans l'obscurité, entre deux portes, et il ne pourra peut-être pas dire si c'est véritablement le nourrisson dont il a la surveillance qu'il a visité. Du reste, que fera-t-il s'il s'est aperçu des mauvais soins donnés à l'enfant ? Le retrait du nourrisson sera surtout néfaste pour celui-ci, et s'il est pris par une nouvelle nourrice il sera probablement aussi mal soigné que par la première.

Le tableau suivant nous donnera le chiffre de la mortalité, durant ces trois dernières années, chez les enfants assistés de 0 à 1 an.

ANNÉE	NOMBRE D'ENFANTS de 0 à 1 an	DÉCÈS	POURCENTAGE
1917	62	8	12,9 %
1918	54	20	37 %
1919	55	19	34,56 %

Cette statistique comprend tous les enfants de 0 à 1 an de l'Assistance publique. Si nous examinons dans cette catégorie ceux seulement qui sont morts étant en nourrice ou à la suite de maladies contractées en nourrice, nous aurons :

ANNÉE	NOMBRE D'ENFANTS de 0 à 1 an en nourrice	DÉCÈS	POURCENTAGE
1917	58	4	6,9 %
1918	39	8	20,5 %
1919	38	6	16,8 %

Parmi ceux qui sont décédés ailleurs qu'en nourrice, nous comptons les prématurés, les débilés, tous ceux qui arrivent à l'Assistance publique en très mauvais état et qui ne vivent que quelques jours à peine. Dans ces conditions, l'on peut voir que le pourcentage des enfants morts en nourrice devient assez imposant.

IV

En présence des résultats fournis par le mode d'allaitement avec nourrices mercenaires, et surtout puisque, vu la rareté croissante de ces dernières, cet allaitement fera peut-être défaut un jour, nous sommes en droit d'avancer que des réformes urgentes s'imposent et qu'il faut instituer immédiatement un établissement pour y recueillir les enfants abandonnés.

« Le lait de la mère appartient à son enfant, et nul n'a le droit de le lui prendre tant qu'il en a besoin ! » Il faut donc favoriser et aider dans la plus grande mesure du possible ce mode d'allaitement. Le professeur Pinard, M. le sénateur Paul Strauss et d'autres gens de cœur ont mené et mènent encore en France une magnifique campagne en faveur de la protection

des mères et des nourrissons. Un institut de puériculture « la pouponnière de Porchefontaine » a été créé. On y accueille, pendant un an, les filles-mères, les femmes délaissées, qui deviennent « les nourrices rétribuées de leur propre enfant » et d'un pensionnaire.

La pouponnière de Porchefontaine a donné depuis sa création des résultats magnifiques ; mais pour arriver à ce but, que de bonnes volontés, que de dévouements, que de capitaux a-t-il fallu ? Chaque enfant élevé à Porchefontaine, coûte depuis la guerre environ 3.000 francs par an. Pour pouvoir faire face à de telles dépenses, il est nécessaire d'avoir des ressources pécuniaires considérables. C'est ainsi qu'en 1911, la Société avait en portefeuille, la somme de 1.135.435 francs, et qu'elle inscrivait dans son projet de budget pour l'année, le tableau suivant de recettes :

Revenu des titres en portefeuille.....	37.200	»
Cotisations annuelles.....	8.700	»
Subvention de l'Etat.....	16.000	»
» de la ville.....	7.000	»
» du département.....	1.000	»
» de la ville de Versailles.....	200	»
» du département de Seine-et-Oise.....	200	»
Ressources propres à l'œuvre :		
Pension des enfants.....	37.200	»
Vente du lait.....	900	»
Total général.....	108.200	»

En basant ses dépenses sur le chiffre de 112 enfants et de 58 mères, elle arrivait à un passif de 132.150 fr., avec un déficit de 23.950 francs, à récupérer en dons, ventes et subventions.

Certes, si nous songeons à la quantité d'enfants que la Pouponnière de Porchefontaine a sauvés de la mort, nous pouvons facilement avancer que ces dépenses sont bien négligeables. Mais il nous semble difficile de trouver à Alger assez de capitaux pour arriver à faire quelque chose d'approchant. De plus, quoique cette question financière soit d'une importance primordiale, ce n'est pas là le seul écueil. Tant que certaines réformes sociales n'auront pas été appliquées en Algérie ; tant que l'on n'aura pas ouvert une maternité secrète, où les filles-mères pourront être admises dans le plus strict incognito, à n'importe quel moment de leur grossesse; tant que l'on n'aura pas institué pour les femmes sans ressources récemment accouchées une prime d'allaitement, et même malgré ces mesures, il y aura toujours des enfants abandonnés par leur mère. Ces enfants il faut leur assurer l'existence et il est impossible de compter pour ce but sur le lait hypothétique d'une mère défaillante. Faudra-t-il alors les confier aux nourrices mercenaires ? Nous avons essayé de démontrer plus haut, les inconvénients et les dangers de ce mode d'élevage ! Aussi puisque cet allaitement a fait faillite, puisque l'allaitement maternel ne peut être encore, à l'heure actuelle, pratiquement exercé sur une grande échelle, pour que l'enfant abandonné vive, il faut créer une pouponnière qui présente toutes les garanties désirables au point de vue hygiène infantile, où le nourrisson pourra, dès que ce sera possible, être allaité au sein ou d'une façon mixte, mais où il trouvera immé-

diatement en attendant mieux, une nourriture artificielle, rationnelle et aseptique donnée sous un contrôle médical suivi. Nous savons bien que cet allaitement est un pis aller, mais les méfaits qu'on lui impute, ne sont-ils pas dus, pour une grande part, à l'ignorance et à la routine et pour une autre part, à la qualité souvent fort mauvaise du lait employé ? En essayant de supprimer tous ces inconvénients (et l'on peut y arriver), en s'entourant du maximum de garanties possible, on pourra peut-être sauver un grand nombre de ces pauvres petits êtres, qui le plus souvent disparaissent, faute de soins nécessaires, ou à cause de soins inintelligents.

Sans doute, il serait peut-être préférable, comme l'a recommandé M. Mery, encore tout récemment à la conférence nationale de la ligue contre la mortalité infantile, de placer les enfants à la campagne, dans des centres d'élevage munis d'une consultation de nourrissons avec infirmerie, dirigés par un médecin. Mais si l'on envisage que :

1° Les moyens de transport sont assez difficiles en Algérie, et qu'il faudrait, dans ce cas, instituer de toutes pièces un service probablement très coûteux.

2° Que la campagne algérienne n'offre pas toujours les garanties nécessaires à la bonne santé de l'enfant (paludisme).

3° Qu'il est fort douteux que l'on y trouve plus qu'en ville, des femmes européennes désireuses de s'occuper de nourrissons.

4° Que l'on n'y trouverait pas plus de nourrices indigènes qu'à Alger et qu'elles satisferaient encore

bien moins que ces dernières aux conditions d'hygiène exigées pour l'élevage d'un enfant.

Nous estimons en conséquence que ce mode de placement serait très difficile à réaliser en Algérie et que le moyen le plus sûr serait la création d'une pouponnière que nous étudierons plus bas.

Deuxième Partie

CRÉATION D'UNE POUPONNIÈRE

A L'HOPITAL PARNET

I

A sept kilomètres d'Alger, au milieu d'une campagne splendide ; à 800 mètres d'une ligne de tramway et tout près de deux agglomérations ouvrières très importantes : Hussein-Dey et Maison-Carrée, l'Assistance publique possède un établissement merveilleux, don d'un généreux bienfaiteur de la ville, et qui porte son nom, l'Hôpital Parnet.

Le terme d'Hôpital évoque, en général, l'idée d'un lieu d'allure plutôt austère et sombre, où l'on peut entrevoir toutes les misères humaines et où la mort se plaît à séjourner. Combien peu ce tableau ressemble à celui offert par l'Hôpital Parnet ! Le visiteur émerveillé, après avoir traversé une grille monumentale qui ne déparerait pas le plus beau parc particulier, pénètre dans un jardin magnifique, émaillé des fleurs les plus diverses, où les parterres, tracés par un homme de l'art, présentent les dessins les plus coquets et les plus imprévus. Des arbres au feuillage touffu, abritent de

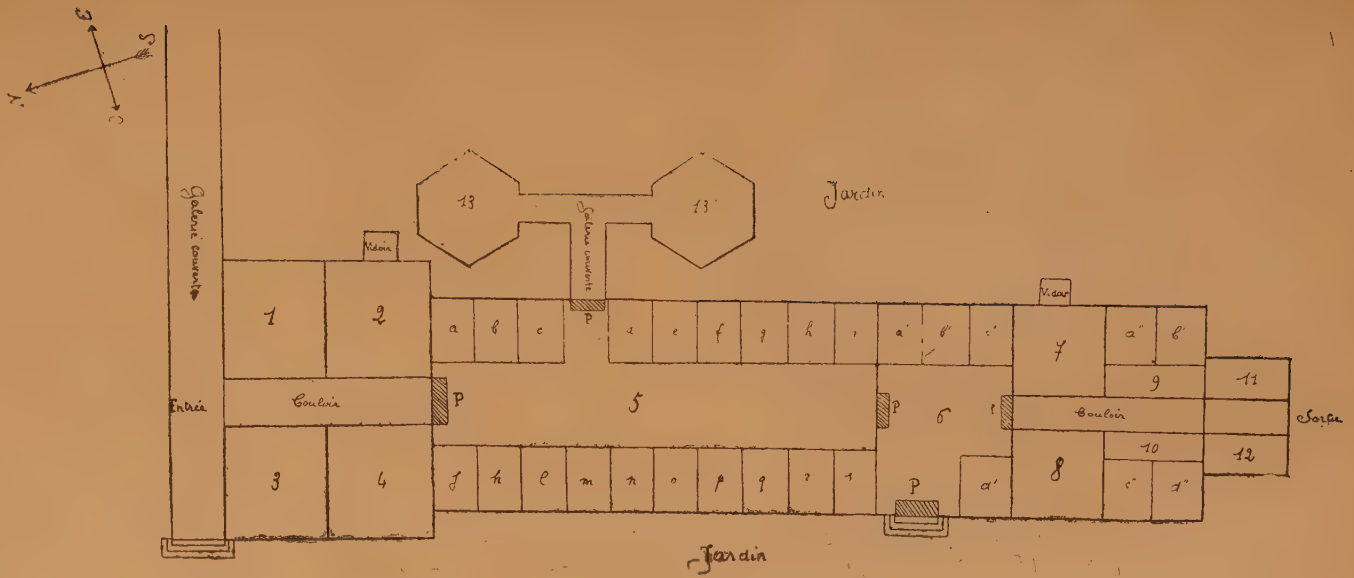
leur ombre de délicieuses charmilles, et des tonnelles de lierre semblent inviter le promeneur à venir s'y asseoir un instant. Les différents pavillons, entourés de toutes parts de jardins ensoleillés, offrent l'aspect riant et tranquille d'une maison de repos.

En fait, l'Hôpital Parnet remplit ce rôle, et nous y avons vu surtout des convalescents, qui, après un séjour plus ou moins long, durant lequel leur cure consistait à respirer l'air rempli des effluves salines de la mer toute proche, s'en allaient guéris et souvent mécontents de ne pouvoir y rester plus longtemps.

Sur les six grands pavillons à rez-de-chaussée, indépendants que comprend l'Hôpital, trois à peine sont occupés.

Pourquoi n'ouvrirait-on pas une des salles inutilisées et n'essayerait-on pas de l'employer pour la pouponnière dont nous parlions tout à l'Heure ? Il nous semble qu'on y trouverait tous les avantages. Où pourrait-on faire mieux, puisque l'on a ici du bon air, un local tout neuf, dans une atmosphère nullement hospitalière, remplissant à merveille, les conditions d'hygiène désirables, et susceptible d'être transformé avec le minimum de frais, pour remplir les fins auxquelles nous voulons l'employer ?

Cette idée nous paraissant pouvoir être mise assez facilement en pratique, nous avons essayé, en étudiant ce qui a déjà été fait dans ce genre, en France et à l'Etranger, d'établir un plan, que l'on trouvera ci-joint, transformant le pavillon actuel en pouponnière qui remplirait les conditions nécessaires à l'Hygiène infantile comme on la comprend aujourd'hui.



1. Cabinet du médecin.
2. Salle de change.
3. Chambre d'allaitement.
4. Chambre de la surveillante.
5. Service principal.
6. Salle d'isolement (Lazaret).
7. Salle de change.
8. Chambre de la surveillante.
9. Pavillon de contagieux.
10. Pavillon de contagieux.
11. Cabinet pour le linge sale.
12. W. C.
13. Pavillons pour la cure d'air.

a b c d e f etc.
a' b' c' d'
a" b" c" d"
} Boxes.

P. Doubles portes.

II

Organisation de la Pouponnière

Tout enfant abandonné entrant à la pouponnière, devra être considéré comme suspect de maladie, et par conséquent capable de contaminer les autres nourrissons. Il séjournera donc, pendant un certain nombre de jours, en observation, dans un pavillon d'isolement (Lazaret), en attendant que le médecin ait pratiqué les différentes épreuves (Wasserman, intra-dermo-réaction) nécessaires pour savoir s'il est syphilitique, tuberculeux, ou frappé d'une maladie contagieuse quelconque. Dès son entrée, on le soumettra à une désinfection complète (bain, lavage de tête, etc...), et l'on surveillera l'état de ses yeux.

Si c'est un nouveau-né, la nurse s'occupera avec attention de la cicatrisation du cordon ombilical de celui-ci.

Ce pavillon n'étant qu'un lieu de passage temporaire pour l'enfant, sera constitué seulement par trois berceaux et une couveuse enfermés dans des boxes que étudierons en détail plus bas. A ce pavillon d'isolement, seront annexés une salle de change, et une chambre pour la nurse. Celle-ci, grâce à une vitre placée dans la cloison, pourra exercer à tout instant une surveillance effective de son petit lazaret.

Les nourrissons, une fois reconnus sains, passeront dans le service principal, consistant en une grande

salle contenant 19 boxes dont un avec couveuses pour les prématurés (1).

Une grande salle de change, une chambre d'allaitement, une chambre pour la nurse, et le cabinet du médecin compléteront ce service.

Communiquant avec la grande salle par une galerie couverte, il y aura dans le jardin, deux pavillons pour la cure d'air, dont nous parlerons plus longuement tout à l'heure.

Enfin, comme quelques-uns des nourrissons, durant leur séjour à la pouponnière, pourraient être atteints d'une maladie contagieuse, nécessitant un isolement immédiat et absolu, il y aura au fond du pavillon, deux chambres pour contagieux, complètement indépendantes du restant du service, et séparées elles-mêmes l'une de l'autre par un couloir. Chacune de ces chambres contiendra deux boxes complètement fermés.

Tel est, dans ses grandes lignes, le plan de notre pouponnière. Pour le réaliser, il suffirait pratiquement, d'élever dans un des pavillons actuellement vides de Parnet, deux cloisons ; de construire entre la dernière de ces cloisons et le mur de l'extrémité sud du pavillon, quatre chambres séparées par un couloir, et de transformer deux des fenêtres existantes en portes donnant sur le jardin.

Pour l'aménagement intérieur, la plus grande dépense consisterait en la construction des boxes, à l'étude desquels nous consacrerons les lignes suivantes:

---

(1) Ce service pourra bien entendu être agrandi, si la pouponnière doit recevoir un nombre supérieur de nourrissons. Un pavillon identique à celui dont nous proposons la transformation, et vide comme lui, pourrait, le cas échéant, devenir le service principal contenant une trentaine de boxes.

Etude du boxe et de son mobilier

Le boxe que nous préconiserons, sera constitué par deux parois vitrées, laissant entre elles un espace de $1^{m}80$, et montant à deux mètres de hauteur. Le boxe pourra être avantageusement fermé par une porte vitrée.

L'expérience a démontré que, lorsqu'une salle était encombrée de nourrissons, il en mourait proportionnellement bien davantage qu'en temps normal : « La conséquence de l'encombrement, dit Méry, c'est l'augmentation de la mortalité... L'encombrement, dès qu'il arrive, stérilise tous nos efforts. » Le boxe empêchera cet encombrement en ne permettant de placer dans une salle qu'un nombre limité d'enfants ayant pour respirer un cube d'air tout à fait suffisant.

En outre, nul plus que le nourrisson est sujet à l'infection. Ceci est dû à ce qu'il est « un terrain de culture neuf, qui possède les mêmes propriétés que les bactériologistes reconnaissent aux milieux de culture fraîchement préparés ; celles de favoriser le développement des microbes » (Méry). Il faudra donc le séparer des poussières, de toute cause inutile de contact, et le boxe remplira merveilleusement ce rôle. Il contiendra un lit-berceau fixe, formé d'une armature métallique laquée, et de deux matelas en varech. Celui du dessus sera couvert d'une toile caoutchoutée, cousue sur les bords.

Il n'y aura pas de rideaux, réceptacles de poussières et de germes microbiens. Toutefois, comme il est pratiquement impossible en été de ne pas avoir de mouches, une pièce de gaze facilement détachable sera tendue au-dessus du lit.

Contre une des parois du boxe, sera suspendu un cadre dans lequel on placera bien en vue, la feuille indiquant la courbe des poids, et la carte du régime, sur laquelle on mentionnera très exactement l'heure des tétées et la quantité de lait à absorber.

Les boxes des contagieux contiendront en surplus, chacun une baignoire surélevée, pour les soins journaliers de chaque enfant. A la tête du lit une étagère, sur laquelle on trouvera un thermomètre baignant dans un liquide antiseptique, un flacon de talc stérilisé et les objets de toilette du bébé. A part, baignant dans l'eau stérilisée, les tétines.

A la porte de chacun de ces boxes seront pendus plusieurs sarreaux pour le médecin et les autres personnes que le service pourrait appeler dans le boxe. Une cuvette, pleine d'une solution antiseptique, afin de se rincer les mains, sera placée à portée, lorsque l'on sortira du boxe.

Salle de change

La pouponnière en possédera deux, une pour le lazaret, l'autre pour le service principal. L'aménagement de la salle de change sera le suivant :

1° Sur un des deux côtés, plusieurs baignoires surélevées sur des trépieds, pour permettre aux nurses de baigner les enfants sans avoir à se baisser. Il y aura en outre un lavabo avec trois ou quatre cuvettes pour la stérilisation des mains du médecin et du personnel. L'une des cuvettes contiendra une solution antiseptique.

2° Deux tables réservées uniquement à la toilette

des nourrissons. Ces tables pourront être facilement désinfectées après le passage de chaque bébé.

3° La salle de change possédera aussi sur une autre petite table deux balances pour peser les poupons, et une toise.

4° Tout un côté de la salle sera rempli par une armoire où sera placé dans de grandes boîtes en zinc le linge nécessaire à l'enfant.

A la suite des travaux de MM. Weil et Agnel de Lyon, il a été constaté que l'emploi du linge stérilisé chez les nourrissons, avait donné des résultats très notables, en abaissant de 6 % environ, la mortalité infantile, dès la première année de son usage. Depuis, cette méthode s'est généralisée, et nous ne manquerons pas de le recommander pour notre pouponnière.

Il est facile de stériliser le linge en le portant à l'étuve après lessivage, mais il est inutile pratiquement de recourir à ce procédé. Le docteur Ferrier, professeur agrégé du Val de Grâce a démontré qu'un repassage bien fait était suffisant. En effet « un fer à repasser ayant une température propre de 150° environ est appliqué à la surface d'un linge humide, l'eau contenue dans ce linge est aussitôt transformée en vapeur, la température du linge dans toute son épaisseur est immédiatement portée à 100° et au-dessus. Les microbes atteignent la même température que les fibres du linge, température largement suffisante pour produire la coagulation instantanée de leur protoplasma et par suite leur destruction. » (1)

---

(1) Ferrier : Le repassage et l'assainissement du linge (Revue d'Hygiène et de police sanitaire (1901).

Dennery dans une thèse soutenue à Lyon en 1904 a cherché la valeur de cette stérilisation par le fer à repasser, et prouvé que jusqu'à la température de 150° le fer stérilise tout le linge imprégné de cultures de bacille pyocyanique, typhique, de staphylocoque, etc. A 140° le bacille typhique et le staphylocoque résistent dans les draps de lit. A partir de 100°, la stérilisation devient insuffisante pour tout le linge.

Pratiquement on pourra donc se contenter de faire un lessivage antiseptique, suivi d'un rinçage méticuleux, et de repasser ensuite le linge humide avec un fer très chaud. Il est bien entendu que ces opérations devront être exécutées avec des mains très propres et que les pièces de linge seront aussitôt placées dans des boîtes stérilisées hermétiquement fermées.

Pour terminer l'étude de notre salle de change, nous indiquerons qu'un vidoir ouvrant sur l'extérieur, y sera placé. Le linge sale sera jeté dans un tiroir communiquant avec un caisson. Ce caisson porté sur un chariot sera enfermé dans une petite chambre en maçonnerie fermée à clef. Chaque matin le linge souillé sera sorti et emporté dans le caisson dont on aura rabaissé le couvercle. Il sera immédiatement transporté à la buanderie, où après le contrôle fait par la maîtresse nurse, il sera lessivé avant d'aller à la stérilisation.

Chambre d'allaitement

La chambre d'allaitement devra être meublée aussi sommairement que possible. Au milieu de la pièce, une grande table et quelques sièges. Plusieurs glacières séparées en compartiments renfermeront le lait de la

journée. Chacun de ces compartiments sera pourvu d'un panier en fer à casiers. Il y aura un panier numéroté pour chaque nourrisson avec tous les biberons qu'il devra absorber. Les tétines de chaque enfant seront placées dans un bocal portant son numéro et rempli d'eau stérilisée. Tous ces bocaux seront renfermés dans une armoire.

Dans un coin de la pièce et séparé par un paravent, un petit fourneau permettra de chauffer les biberons au bain-marie et de stériliser les tétines après usage. Il servira aussi à la préparation des bouillies pour les bébés sevrés.

Pavillons pour la cure d'air

Depuis plusieurs années en honneur, la cure d'air a été employée au début par M. le professeur Hutinel pour les enfants débiles et syphilitiques de son service. Peu à peu, elle s'est répandue dans plusieurs autres établissements, et l'on peut dire qu'elle est aujourd'hui en usage, dans tous les hôpitaux et asiles d'enfants.

L'aérothérapie consiste dès les beaux jours venus, à placer le bébé au grand air, dans un jardin par exemple, et de l'y laisser le plus longtemps possible, jusque vers 17 ou 18 heures.

L'aérothérapie ne peut être pratiquée en France et dans les autres pays d'Europe, que pendant la belle saison, c'est-à-dire du mois de mai au mois de septembre environ.

Dans notre bel Alger où le ciel est toujours clément, et où le soleil brille chaque jour sur les jardins verdoyants, rares sont les journées d'hiver où l'enfant ne pourra faire sa cure et respirer l'air tiède et doux de la Méditerranée.

A la pouponnière de Parnet, seront édifiés dans le jardin, deux pavillons rustiques communiquant avec la salle par une galerie couverte, où le nourrisson passera la majeure partie de son temps. Des stores, que l'on pourra baisser facilement, le préserveront des rayons trop chauds du soleil. Là, couché dans un petit berceau facilement transportable, il respirera l'air pur du parc, tandis que ses yeux étonnés et ravis s'ouvriront au spectacle de la nature et lui feront apercevoir avec des sensations chaque jour nouvelles, les premières visions du monde extérieur.

C'est dans ce pavillon qu'il recevra plutôt que dans la chambre d'allaitement, sa nourriture journalière, tandis que la nurse toujours présente veillera aux mille petits soins qui pourraient lui être nécessaires.

III

Chauffage de la Pouponnière

Il est indispensable pour la bonne santé de l'enfant qu'il vive dans une température toujours à peu près égale et qu'il ne puisse pas, un moment donné du jour ou de la nuit, surtout pendant l'hiver, être soumis à un brusque refroidissement. Il faut pour cette raison assurer un chauffage régulier et constant des différents services de la pouponnière pendant les mois d'hiver. Un seul doit être recommandé comme pouvant remplir cet office, c'est le chauffage central.

Les salles devront avoir une température moyenne de 16 à 17° tout en étant fréquemment aérées. Quant à la température pendant l'été, on devra par une ventilation de jour et de nuit, la ramener dans la plus grande mesure possible à un degré approchant.

IV

Fonctionnement de la Pouponnière

Il y aura lieu pour la bonne marche de la pouponnière, d'instituer un règlement très détaillé et un emploi du temps très précis qui devront être rigoureusement observés.

Nous nous inspirerons, en grande partie, dans ce chapitre, du règlement en vigueur à Porchefontaine.

Règlement des salles de couchage

Aussitôt après le lever, les enfants seront transportés par leurs nurses à la salle de change.

Dès que les boxes seront vides, toutes les fenêtres seront largement ouvertes.

Une femme de service passera chaque fois que ce sera nécessaire, avec un petit charriot portant une caisse de tôle dans laquelle on enfermera les draps sales.

La literie sera exposée à l'air, sur un tabouret situé au pied du lit, pendant quelques heures.

Il sera procédé chaque matin à un nettoyage complet à grande eau, de la salle et des boxes, suivi d'un rinçage avec une solution désinfectante.

Lorsque l'on refera les lits, les draps propres seront transportés dans leur boîte jusqu'à l'entrée du boxe. La femme chargée de la réfection des lits aura les mains soigneusement nettoyées pour manipuler les draps.

Les fenêtres seront fermées au moment du couchage des nourrissons, qui aura lieu à 19 heures.

Règlement de la salle de change

Tout enfant transporté à la salle de change sera posé sur une table spécialement affectée à cet usage et débarrassé de ses vêtements.

La nurse chargée du service de la salle de change déposera immédiatement le linge sale dans le vidoir qu'elle refermera hermétiquement.

Le bébé, une fois nu, sera mis dans un bain ayant 35 à 36° de température.

Il sera nettoyé avec du coton hydrophile ou une compresse stérile, plutôt qu'avec une éponge ou un gant. Toutes les parties du corps (tête, mains, ongles, etc...) seront minutieusement lavées.

La durée du bain ne devra pas dépasser cinq minutes. L'enfant sera ensuite frictionné avec une sortie de bain et poudré de talc aseptique enfermé dans un flacon poudrier.

Cette opération achevée, il sera porté sur une deuxième table et habillé.

Les baignoires et les tables seront nettoyées après le passage de chaque nourrisson.

Chaque semaine, une pesée sera faite sous le contrôle du médecin. On aura toujours soin de placer entre le corps du bébé et le panier d'osier de la balance, une serviette de papier aseptique que l'on remplacera avec chaque nourrisson.

Dans la journée, dès qu'un enfant se sera souillé il sera immédiatement porté à la salle de change et sa toilette refaite.

Règlement de la salle d'allaitement

La nurse affectée au service devra au moment de la tétée, rechauffer les biberons au bain-marie. L'eau servant à cet usage sera portée à la température de 37°.

La ration de lait de chaque enfant devra tout le reste du temps, rester enfermée dans les glacières. Cette ration aura été préparée dès le matin, dans différents biberons placés dans le même panier numéroté pour chaque bébé.

Après chaque tétée, les biberons seront savonnés, passés à la brosse, rincés et trempés dans l'eau bouillante, avant d'être renvoyés au laboratoire où ils seront stérilisés.

Les tétines seront retournées et nettoyées après chaque tétée. Elles seront ensuite entourées d'une pièce de gaze pour que le caoutchouc ne puisse pas brûler au contact de la casserole, et immergées dans de l'eau qui sera portée à l'ébullition pendant quelques minutes. Puis elles seront placées dans des bocaux portant un numéro spécial pour chaque enfant et remplis d'eau stérilisée que l'on changera plusieurs fois par jour.

Règlement des pavillons pour la cure d'air

Chaque matin tous les nourrissons seront portés dans les pavillons pour y faire leur cure d'air.

Ces pavillons feront office de salles de jour et seront munis de petits berceaux (moïses).

Des nurses seront chargées de la surveillance. Elles devront empêcher l'exposition des enfants au soleil, en baissant les stores du côté de la lumière.

La promenade au bras pourra être ordonnée par les belles journées d'hiver.

En règle générale l'alimentation sera donnée dans les pavillons.

Dans le cas où le nourrisson serait allaité directement au pis d'une chèvre, l'animal sera amené au pavillon.

La rentrée des enfants aura lieu à 17 heures en hiver et 18 heures en été.

Règlement des salles de contagieux

Tout enfant atteint de maladie transmissible, sera isolé.

Les personnes appelées par leur service à pénétrer dans un boxe de contagieux, devront enlever leur blouse, qu'elles laisseront accrochées dehors, et en revêtir une autre avant d'entrer.

La toilette de l'enfant sera faite dans le boxe.

On aura soin d'aérer très fréquemment la pièce.

La température du petit malade sera prise toutes les trois heures et la courbe inscrite sur une feuille spéciale.

Tous les incidents relatifs à la maladie seront portés sur une feuille d'observations.

Chaque malade aura son thermomètre qui restera à demeure dans le boxe, immergé dans un liquide antiseptique.

Toutes les fois que l'on aura touché un enfant malade, il sera indispensable en sortant, de se nettoyer les mains dans une solution désinfectante placée dans une cuvette à l'entrée du boxe.

Le linge sale devra être transporté par un chariot fermé dans un cabinet spécial, d'où il sera enlevé chaque jour.

Troisième Partie

DES DIFFÉRENTS MODES D'ALLAITEMENT POUVANT ÊTRE PRATIQUES A LA POUPONNIÈRE

I

Une des causes principales de la mortalité infantile est en première ligne la gastro-entérite. Des statistiques nombreuses nous le prouvent formellement. C'est ainsi que MM. Ballestre et Gilletta, dans leur étude sur la mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897, nous montrent que sur 1.000 décès d'enfants de 0 à 1 an, 385 sont dus chaque année à la gastro-entérite.

De même M. Monod dans son rapport sur les enfants assistés de 1898, relate que sur 13.500 de ces enfants qui sont morts pendant l'année, 5.301 ont été enlevés par la gastro-entérite, et parmi eux 5.048 n'avaient pas dépassé 1 an.

La gastro-entérite résultant toujours d'un vice d'alimentation quelconque, il est de toute importance de bien connaître et d'observer les règles de l'hygiène alimentaire chez le nouveau-né dont le tube digestif est si délicat et si fragile.

Parmi tous les laits susceptibles d'être absorbés par un nourrisson, nul ne mettra en doute que le lait maternel offre une supériorité écrasante « car il est l'aliment naturel auquel le tube digestif de l'enfant est tout préparé, tandis que le lait de vache ou d'autres animaux diffère par sa composition du lait de femme. » (1)

L'enfant étant privé de sa mère, un allaitement par une remplaçante, bien compris, c'est-à-dire pratiqué à la pouponnière par des nourrices attachées à l'établissement, et contrôlé à tout instant, comme à Porchefontaine, serait pratiquement celui qui offrirait le plus d'avantages et nous avons l'espérance de savoir un jour que cet allaitement a été réalisé à Parnet, lorsque l'on pourra y admettre avec leur enfant les mères sans ressources à condition qu'elles élèvent un second nourrisson.

Mais en attendant d'arriver à cet idéal, il faudra bien administrer l'allaitement artificiel. Du reste il y aura toujours (et ils sont assez nombreux chez les enfants abandonnés), des nourrissons syphilitiques qui ne pourront en aucun cas être alimentés au sein d'une nourrice et pour lesquels l'allaitement artificiel sera la règle.

Donc, puisque l'on sera dans l'obligation de recourir à ce mal nécessaire qu'est l'allaitement artificiel, il faudra l'employer suivant les règles les plus rigoureuses, et appliquer toutes les mesures propres à le faire réussir. Bien surveillé cet allaitement ne présentera certainement pas tous les dangers dont on l'a souvent

(1) Marcel Labbé. Régimes alimentaires. Baillière 1907, page 153.

accusé et permettra de sauver un grand nombre d'existences.

Pour que l'alimentation donnée à l'enfant lui soit profitable, il faut qu'elle se rapproche autant que possible de celle qu'il aurait avec le lait maternel.

Quel lait dans ce cas pourra-t-on faire absorber au nourrisson, pendant son séjour à la pouponnière de Parnet.

Nous essaierons dans les pages qui suivent de faire un exposé rapide des différents allaitements, et de mettre en relief pour chacun, leurs avantages et leurs inconvénients.

II

Lait d'ânesse

Le lait d'ânesse fut, dit-on, introduit en France par un médecin juif de Constantinople, appelé pour guérir François 1er, que les excès et les fatigues guerrières avaient réduit à une langueur très grave.

Depuis cette époque on a souvent usé de ce mode d'alimentation, et il a été surtout vanté, comme pouvant remplacer avec succès le lait humain.

La composition du lait de femme étant la suivante :

	D'après Michel et Perret (1896)	*Lassablière (1908)*
Densité	1032,5	1032,2
Eau	908 gr. 70 par litre	»
Extrait sec	123 80 »	125 gr. 50 par litre
Beurre	34 68 »	33 70 »
Lactose anhydre	69 84 »	70 »
Azote total	1 84 »	» »
Caséine et Albumines	12 35 »	14 50 »
Sels	1 90 »	2 19 »
Matière extractives indéterminées	5 03 »	» »

Celle du lait d'ânesse est :

	D'après Michel			*Duclaux*		
Densité	1033			1032		
Extrait sec	98 gr.	14	par litre	111 gr.	5	par litre
Cendres	4	54	»	4	8	»
Lactose anhydre	63	16	»	63	5	»
Beurre	11	35	»	18		»
Matières albuminoïdes	17	13	»	26	4	»

Si l'on compare ces différentes analyses, on peut constater que, chimiquement, le lait d'ânesse est sensiblement identique au lait de femme comme teneur en lactose et matières albuminoïdes.

De plus, Parrot dans plusieurs expériences, a montré que le lait d'ânesse, de même que le lait de femme, « se précipite dans l'estomac en petits flocons isolés, que redissout instantanément un excès de suc gastrique, et ne forme jamais ces masses agglomérées d'une digestion difficile qui sont propres au lait de vache. » (Parrot).

Ce lait présente donc l'avantage de contenir une quantité de sucre à peu près égale à celle du lait de femme et d'être comme ce dernier, par sa quantité de caséine très digestible pour l'enfant.

Par contre, il est beaucoup trop pauvre en beurre et sa valeur alimentaire devient par là même insuffisante. C'est ainsi que l'on a pu constater que les bébés nourris au lait d'ânesse pendant deux ou trois mois, ne progressaient plus à partir de ce laps de temps.

C'est pour cette raison, qu'il ne faudra en aucun cas en faire un mode d'allaitement systématique, mais il pourra servir avantageusement pendant quelques jours pour les nouveau-nés, ou pour les nourrissons dyspeptiques et débiles dont l'estomac se refuse à digérer le lait de vache ou de chèvre.

III

Lait de vache

De tous les laits en usage pour l'allaitement artificiel du nourrisson, le plus communément employé est le lait de vache, parce qu'il est celui que l'on se procure le plus facilement partout.

Sa composition est essentiellement variable et différerait avec chaque race de vache et probablement aussi avec l'alimentation.

Elle serait :

	D'après le Conseil d'Hygiène de Paris	*D'après Michel et Perret*
	—	—
Densité	1033	1031
Eau	»	870 gr. par litre
Extrait sec	130 gr. par litre	130 »
Beurre	40 »	40 »
Lactose	50 »	47 »
Azote total	»	5 58 »
Caseine et albumines	34 »	36 »
Sels	6 »	7 »

Si l'on compare ces analyses avec celles du lait de femme, on peut constater à première vue que le lait de vache diffère du lait humain, surtout par sa teneur en caséine (35 grammes environ au lieu de 12 à 15 grammes).

Cette caséine présente les mêmes caractères chimiques que ceux du lait de femme, mais elle n'a pas les mêmes propriétés biologiques. Si on la met en présence de présure « le coagulum qui se forme est dense, compact, englobe des globules gras et ne redissout que très

lentement » (Nobécourt). On comprendra très facilement que la digestibilité du lait de vache, soit par là même, bien plus lente et plus difficile, et que le tube digestif de beaucoup de nourrissons soit lésé par une pareille alimentation.

D'autre part, le lait de vache, contient toujours des micro-organismes saprophytes et pathogènes dont la plus grande partie pénètre dans le liquide au moment de la traite. Les premiers sont les agents des diverses fermentations ; ils ont pour effet de modifier les caractères du lait et de le rendre plus ou moins rapidement inutilisable. Les autres, que l'on trouve occasionnellement, et parmi lesquels on peut déceler, le bacille de Koch, le bacille de la fièvre aphteuse, le bacille typhique, le micrococcus entéritis, le streptocoque, le staphylocoque, le vibrion cholérique, etc..., font du lait un agent très favorable de transmission des diverses maladies, de la tuberculose en particulier, et peuvent mettre l'enfant dans le plus grand danger.

Pour que ce lait puisse être absorbé sans inconvénients par le nourrisson, il faudra le soumettre à différentes opérations ayant pour but : 1° de le débarrasser des microbes qu'il peut contenir ; 2° de le rendre d'une digestion facile en vue de l'allaitement.

Le docteur Raimondi a préconisé pour l'enfant le lait cru rigoureusement aseptique : « Dans un établissement, nous dit-il, tel que l'Institut de puériculture, où une pouponnière possédant une vacherie, le lait animal préférable est le lait de vache donné cru, recueilli dans des conditions de rigoureuse asepsie. » (1)

(1) Dr Raimondi. Puericulture et pouponnières. Baillière 1913. Page 36.

On arrive à cette asepsie sur laquelle il insiste particulièrement par les moyens suivants :

Le trayeur pratique un nettoyage vigoureux de ses mains avec de l'eau bouillie et du savon antiseptique. La traite est effectuée dans une salle spéciale ; auparavant les pis et les mamelons de la laitière ont été lavés au savon antiseptique et à l'eau oxygénée. Le lait est recueilli dans un seau désinfecté, recouvert d'un linge lui aussi aseptique. Il est bien entendu que les vaches dont on se sert sont rigoureusement saines et ont subi l'épreuve de la tuberculine.

D'après le docteur Raimondi, le lait de vache ainsi débarrassé de ses microbes, réalise un allaitement excellent pour ainsi dire naturel, lui ayant donné des résultats très probants.

D'autres puériculteurs emploient de préférence au lait cru, lorsqu'ils ont recours à l'allaitement artificiel, le lait de vache stérilisé.

Il y a un très grand nombre de moyens pour stériliser le lait. On n'emploie guère en puériculture que les procédés de stérilisation par la chaleur. Ces procédés sont tous très connus et nous nous contenterons de les énumérer. Ce sont : l'ébullition, la stérilisation dans l'autoclave à 110°, la tyndallisation, la pasteurisation, le chauffage au bain-marie dans l'appareil de Soxhlet, ou dans celui de Gentile ou du professeur Budin. Même les laits condensés ou concentrés, les laits desséchés servent aujourd'hui à pratiquer l'allaitement artificiel. Chacune de ces méthodes a ses défenseurs et ses détracteurs. Les uns ont reproché à la stérilisation de donner au lait un goût désagréable, d'en modifier les albumines et les matières grasses et de détruire les diastases qu'il peut contenir ; les autres

ont prétendu que la pasteurisation était une opération insuffisante. Quoiqu'il en soit, depuis que l'emploi du lait stérilisé s'est généralisé pour l'alimentation du nourrisson, la mortalité infantile a considérablement décrû, en même temps que la gastro-entérite.

Mais ce lait, s'il n'est pas donné cru, comme le docteur Raimondi le recommande, doit subir une transformation qui le rapproche du lait de femme. Nous avons dit plus haut qu'il en différait surtout par sa trop grande teneur en caseine. C'est ainsi que le docteur Marfan, pour obvier à cet inconvénient, effectue le coupage du lait, et l'additionne de sucre dans les proportions suivantes :

Pendant les quatre premiers mois de l'allaitement :

Lait : 2 parties.
Eau lactosée à 10 % : 1 partie.

Le docteur Nobécourt, procède à la même opération avec quelques différences dans le dosage et en remplaçant le sucre de lactose, qui, d'après lui, provoque de la diarrhée par de la saccharose.

Pour le nouveau-né, il donne le lait coupé à parties égales d'eau sucrée à 10 %.

Pour le nourrisson jusqu'à 2 mois :

Lait : 2 parties.
Eau sucrée à 10 % : 1 partie.

Pour le nourrisson de 2 à 4 mois :

Lait : 3 parties.
Eau sucrée : 1 partie.

Pour le nourrisson à partir de 4 mois :

Lait pur.

Le docteur Variot utilise de même le coupage au 1/3 ou au 1/4.

L'addition de sucre permet de compenser en partie, la perte en lactose et en beurre due au coupage.

Indépendamment de ces procédés les plus simples, il en est d'autres plus compliqués que nous allons énumérer.

Lait humanisé ou maternisé

C'est un lait privé d'une partie de ses matières albuminoïdes, mais conservant tout son beurre. Pour l'obtenir, on peut procéder à une centrifugation partielle du lait, afin d'en séparer la crême. Cette dernière ainsi obtenue est ajoutée au restant du lait non centrifugé. Puis on remplace le lait prélevé pour la centrifugation par la quantité équivalente d'eau sucrée. On peut employer au lieu de la centrifugation, la coagulation simple. Le lait est alors humanisé, soit par le procédé de Gaertner, soit par le procédé de Winter-Vigier.

Le procédé du docteur Dufour, de Fécamp, d'une technique un peu différente donne les mêmes résultats.

Lait fixé ou homogeneisé

L'homogeneisation consiste à fragmenter sous présion les globules graisseux du lait, de façon que celui-ci ne contienne plus que des petits globules uniformément répartis dans le liquide. Ce procédé, en usage à la crèche Fenelon Charles, à Paris, aurait donné, paraît-il, des résultats satisfaisants et permettrait d'avoir un lait supérieur au lait stérilisé.

Laits corrigés

Ce sont des laits partiellement soumis à une digestion artificielle par la pancréatine. Les plus connus sont les laits de Backaus, n° 1 et n° 2, et le lait de Budin et Michel.

Ce lait a rendu d'assez bons services chez les enfants débiles et dyspeptiques,

Il résulte de cette rapide étude du lait de vache, que celui-ci administré au nourrisson peut donner de bons résultats, à la condition toutefois, de subir certaines modifications très importantes ayant pour but de lui procurer une asepsie et une digestibilité plus parfaite.

Pour remplir ces conditions et être sûr que la pouponnière de Parnet posède un bon lait, non altéré par des fraudes et des manipulations inutiles, il serait désirable que l'établissement ait à sa disposition, quelques vaches absolument saines et soigneusement choisies, ayant subi l'épreuve de la tuberculine. Il faudrait, en outre, qu'elles soient nourries et logées suivant toutes les règles de l'hygiène, de façon que le médecin qui administrerait l'allaitement artificiel soit au moins sûr de la qualité du lait.

IV

Lait de chèvre

La chèvre a été souvent appelée « la vache du pauvre ». De tous temps, son lait a été employé pour alimenter les nourrissons.

Assez peu en faveur auprès de la majorité des puériculteurs, ce lait pourrait peut-être, dans certaines

conditions, réaliser un allaitement artificiel aussi profitable que ceux jusqu'ici employés.

Sa composition est la suivante :

	D'après Michel		*D'après Diffloth*	
Densité	1030		1033	
Eau	»		830 gr. 4	par litre
Extrait sec	112 gr.	par litre	103 6	»
Cendres	7 6	»	»	
Lactose	48	»	49 3	»
Beurre	48	»	49 9	»
Proteiques	42	»	46 3	»

Si nous comparons ces analyses avec celles déjà indiquées, du lait de femme et du lait de vache, nous pouvons constater que le lait de chèvre est à peu près identique à ce dernier, c'est-à-dire bien plus chargé de matières proteiques que le lait de femme, mais plus pauvre en lactose que celui-ci.

Donc, il comporterait en théorie les mêmes inconvénients que ceux du lait de vache, au point de vue de la digestibilité. Pourtant à la suite d'expériences de digestion artificielle, M. Barbellion, au Congrès de Médecine de 1900 a cherché à démontrer « la supériorité manifeste du lait de certaines races de chèvres, sur le lait de vache et l'équivalence de leur digestibilité avec les laits de femme et d'ânesse. »

Ces expériences ont été fort discutées et la question n'est pas encore tranchée.

Certains pensent qu'en procédant judicieusement à une sélection sévère parmi les diverses espèces caprines et qu'en les soumettant à un régime alimentaire approprié, on influe sur la composition du lait qui se

rapprocherait beaucoup de celle du lait de femme et le rendrait par conséquent le plus propice à l'allaitement.

Il est un fait, c'est que beaucoup de puériculteurs s'accordent pour dire que le lait soumis aux différentes épreuves de stérilisation subit plusieurs modifications qui changent sa composition. C'est pour cette raison que le docteur Raimondi, par exemple, comme nous l'avons vu plus haut, administrait à ses nourrissons de Porchefontaine, le lait de vache cru ayant subi la traite la plus aseptique possible. Or, cet inconvénient que présente la traite de la vache, disparaît si on se sert comme bête laitière, d'une chèvre, car le lait de cet animal est en général beaucoup moins souillé de micro-organismes pathogènes. Ceci résulte de ce que la chèvre est en général « un animal particulièrement propre dont les selles normalement dures et globuleuses ne peuvent aussi facilement que chez la vache, venir souiller les mamelles et de ce fait introduire dans le lait des bacteries pathogènes venues de l'intestin. » (1).

De plus, la chèvre, que l'on croyait n'être jamais tuberculeuse l'est quelquefois, mais si rarement que l'on peut pratiquer l'allaitement au pis même de la bête et réaliser une alimentation pour ainsi dire naturelle, qui offre au nourrisson un lait n'ayant pas été souillé par les microbes de l'air.

Mais il faut, dans ce cas, prendre des précautions d'asepsie très minutieuses : « ...Avant chaque mise au sein, les trayons seront lavés soigneusement avec de l'eau bouillie chaude ; la tétée doit se faire dans un endroit à l'abri des mouches. Au début, la chèvre doit

---

(1) Dr Michell. Le lait de chèvre. Le bon lait. Masson 1910. Page 151.

être attachée et une personne doit tenir l'enfant pendant la durée du repas ; plus tard, le nourrisson est placé dans un berceau très bas ou une brouette spéciale et la chèvre vient se mettre d'elle-même au-dessus de lui. » (1)

Les quelques médecins qui ont employé cet allaitement ont déclaré qu'il offrait autant d'avantages, sinon plus que tout autre allaitement artificiel. C'est ainsi que le professeur Fournier allaitait tous les enfants syphilitiques de son service.

Plus récemment, M. Boissard a donné du lait de chèvre cru et non coupé à des nouveau-nés et à des enfants âgés de quelques mois : « Chez les premiers, comme chez les seconds, écrit-il, le lait donné non coupé était bien supporté ; outre l'augmentation du poids, les gardes-robes ne présentèrent pas d'odeur ; leur coloration seule nous a paru un peu particulière, s'éloignant du type œufs brouillés pour se rapprocher de l'aspect d'un potage à la farine de maïs ; deux fois nous avons donné du lait de chèvre à des enfants syphilitiques que ne pouvaient alimenter leurs mères, et nous pensons qu'en pareil cas, l'usage du lait de chèvre pourra rendre des services. » (2)

De même, à Trousseau, le docteur Lesage dit : « ...à la pesée des nourrissons de mon service, j'ai reproduit avec l'allaitement au lait de chèvre, des courbes identiques à celles fournies par le lait maternel. —

Nous avons pu, nous-même, voir dans les environs de Parnet trois enfants allaités de cette façon et se portant à merveille. En Corse et dans l'Hérault, une grande quantité d'enfants serait, d'après ce que l'on

---

(1) Marfan. Traité de l'allaitement, page 472.

(2) Boissard, journal des praticiens, 30 mai 1900.

nous a dit, élevée par ce moyen. » Or, la mortalité infantile n'y est pas supérieure à celle des autres départements.

Mais il existe en Algérie, comme dans tous les pays du bassin de la Méditerranée, un obstacle sérieux à l'allaitement par la chèvre; c'est la fièvre de Malte. Etudiée à Alger par notre regretté maître, M. le professeur Brault, la fièvre de Malte fut reconnue bactériologiquement en 1906 par M. le professeur Gillot à Alger et par M. Nicolle, à Tunis. MM. Lemaire, Sergent et Gillot firent des recherches complémentaires en 1907 et trouvèrent que le lait de 26 chèvres, sur les 609 qui fournissaient du lait à la ville d'Alger à cette époque, agglutinait le micrococcus melitensis.

Parmi ces 26 animaux, deux avaient du lait contenant le micrococcus. A la suite de ces travaux et une épidémie assez forte de fièvre méditerranéenne, ayant frappé le village de Kléber (Oran), M. le Gouverneur général prit un arrêté interdisant l'importation des chèvres maltaises. Depuis le mal semble avoir été à peu près complètement enrayé, et il est très rare de voir un malade présentant les signes typiques de la fièvre de Malte.

Il nous semble, par suite, que si l'on voulait pratiquer l'allaitement par la chèvre à Parnet, on pourrait en procédant à une sélection sérieuse, choisir quelques bêtes laitières qui, surveillées par un vétérinaire, pendant un certain temps avant que l'on utilise leur lait et nourries rationnellement dans une étable hygiénique appartenant à la pouponnière pourraient sans que l'on ait à craindre la fièvre de Malte pour les bébés servir de nourrices à quelques enfants de l'établissement.

V

Après avoir passé en revue les différents modes d'allaitement artificiel susceptibles d'être employés, il nous semble difficile de conclure particulièrement en faveur de l'un d'entre eux. Le tube digestif d'un nourrisson est un organe très délicat et très fragile, dont l'état peut varier avec chaque enfant. Un bébé alimenté par exemple au lait de vache ou de chèvre cru, pourra le digérer très facilement, tandis qu'il ne pouvait supporter du lait stérilisé et que la continuation de cet allaitement l'aurait infailliblement mené à l'athrepsie : C'est pour cette raison, qu'il serait, croyons-nous, impossible de pratiquer systématiquement un allaitement unique pour tous ces nourrissons. Il serait peut-être préférable, après quelques tâtonnements, d'instituer pour chaque enfant le régime alimentaire qui lui conviendrait le mieux. Ce régime établi, il faudrait (et c'est la première condition pour avoir un résultat favorable), que cette alimentation soit donnée avec les soins les plus minutieux d'asepsie et d'hygiène et suivant des règles bien précises formulées par le médecin, pour chaque nourrisson.

Un laboratoire spécial pour les différentes manipulations du lait, devra être monté à Parnet. Cette installation, du reste, ne serait pas longue à faire, car une grande partie du matériel nécessaire se trouve déjà à la pharmacie. On aurait, en outre, l'avantage de voir ce laboratoire sous le contrôle immédiat d'un pharmacien très compétent sur cette question, qui donnerait la garantie d'une stérilisation absolue du lait absorbé par les pensionnaires.

Quatrième Partie

LE PERSONNEL DE LA POUPONNIÈRE

I

Un nourrisson pour se développer normalement, a besoin de soins constants et minutieux, qu'habituellement une mère apprend vite à lui prodiguer. Pour remplacer efficacement celles qui se sont dérobées à leur devoir maternel et ont abandonné leur enfant, on demandera le concours des nurses ayant toutes les qualités nécessaires ; et combien nombreuses seront ces qualités exigées ?

En premier lieu, la nurse devra être d'une propreté impeccable « chirurgicale », pourrait-on dire, et devra apprendre à désinfecter machinalement ses mains, chaque fois qu'il lui faudra toucher un nourrisson. Sera-ce une précaution inutile avec les enfants dont la peau et les muqueuses sont tellement délicates, que le moindre contact malpropre peut les contaminer ? Elle devra toujours apporter dans ses moindres occupations relatives au bébé, surtout dans les soins de toilette et d'entretien, une minutie et un zèle constants. A ces qualités professionnelles, il faudra ajouter la douceur, la patience, le dévouement et l'affection qui l'attacheront aux pauvres petits êtres dont elle aura la garde,

et qui en feront une seconde mère, par qui l'enfant apprendra à connaître les sentiments de joie et d'amour, dont il avait été complètement privé.

Mais pour qu'une nurse puisse s'acquitter convenablement de ce rôle qu'on lui demandera, il faudra qu'elle puisse consacrer tous les moments voulus à chacun des enfants qui lui seront confiés. Or, il est facile de juger qu'un temps assez long est indispensable pour changer, nettoyer, entretenir et alimenter consciencieusement un bébé. Nous pensons, en conséquence, qu'une nurse sera nécessaire pour s'occuper effectivement de trois nourrissons au maximum. Ce n'est qu'à cette condition que le service pourra véritablement être fait comme il sera demandé.

Indépendamment de ce personnel ayant exclusivement pour rôle l'entretien des enfants, les services des salles de change et d'allaitement seront respectivement assurés par une nurse chargée spécialement du travail de ces différentes annexes. De même, le pavillon des contagieux aura un personnel fixe.

Comme on peut le voir, le total des nurses devient assez imposant. Mais cette abondance de personnel est une condition « *sine quà non* » du bon fonctionnement de la pouponnière. On aura du reste l'avantage d'avoir à Parnet même, l'école actuelle des nurses, où l'on pourra recruter des jeunes femmes ayant toutes les qualités voulues. Il en existe déjà quelques-unes qui, après quelques leçons pourront devenir d'excellentes collaboratrices.

Tout ce monde sera placé sous la surveillance immédiate d'une maîtresse nurse qui veillera à la bonne marche des différents services de la pouponnière et guidera les infirmières dans leur travail journalier. Une

directrice s'occupera de l'administration de la pouponnière et aura la responsabilité de l'exécution des prescriptions du médecin, surtout pour les régimes alimentaires.

Le médecin, assisté d'un interne, devra chaque matin faire une visite détaillée des nourrissons, assister souvent à leur toilette, pratiquer une pesée par semaine, et modifier, s'il y a lieu, les régimes auxquels seront soumis les bébés. Il aura aussi pour rôle de donner un enseignement technique suivi aux nurses qui, avant de se voir confier un nourrisson, apprendront à l'école les règles essentielles de la puériculture.

Ce n'est que par un dévouement continuel de tout ce personnel envers les nourrissons, par une attention et une volonté constante de satisfaire les mille besoins de l'enfant, que la pouponnière pourra parvenir, en mettant toutes les chances de son côté, au résultat pour laquelle elle aura été fondée.

II

Il nous reste pour terminer cette étude à dire quelques mots sur les dépenses inévitables, qu'occasionnera la fondation de la pouponnière. Nous savons qu'il faudra pour cela des capitaux très importants. Mais cette question est-elle capable d'arrêter sa création ? L'Assistance publique dépense chaque année des sommes très fortes pour ses nourrissons. Cet argent pourrait avantageusement servir à l'entretien de la pouponnière. D'autre part, un appel fait au Gouvernement par des gens de cœur s'intéressant à cette œuvre pourrait-il rester sans réponse ? Il nous semble que ce ne serait pas en vain que l'on demanderait aux Assemblées algé-

riennes et à la Municipalité, une assistance pécuniaire; et des subventions diverses viendraient alléger d'autant les frais que la pouponnière occasionnerait.

Indépendamment de la charité officielle, serait-il possible, à l'heure actuelle, où tant de fortunes immenses ont été amassées, que l'on ne puisse pas demander à leurs possesseurs qu'ils acceptent d'en distraire quelques miettes pour l'œuvre que nous voulons créer. Il existe assez de gens de bien à Alger qui n'hésiteront pas, si on fait appel à leur esprit charitable, à vouloir concourir pour une bonne part, à la réussite de notre projet, en faisant des dons divers en nature et en espèces !

C'est en réunissant tous ces éléments que l'on arrivera au résultat voulu. Dès que la pouponnière sera créée et prête à fonctionner, il faudra pour sa bonne marche, faire alors appel au dévouement, à l'esprit d'abnégation, à la science du corps médical et d'un personnel d'élite ; mais nous nous hâtons d'avancer, avec orgueil, que, ces dernières conditions seront, bien moins que celles d'ordre matériel, difficiles à réaliser.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède nous dégagerons donc les conclusions suivantes :

Le mode d'allaitement par nourrices mercenaires tel qu'il est pratiqué à Alger, chez les enfants assistés, offre de multiples inconvénients :

1° Pour l'enfant de la nourrice, qu'un sevrage prématuré peut mener à la mort ;

2° Pour l'enfant assisté. (Dangers de tuberculose, de syphilis, d'entérite, de mauvais soins, etc...) ;

3° Pour l'Assistance publique elle-même, qui ne trouve plus à l'heure actuelle que de rares nourrices indigènes très difficiles à surveiller.

Ce mode d'allaitement doit donc être abandonné, et pour pouvoir élever dans de bonnes conditions les nourrissons de l'Assistance il faut créer une pouponnière modèle où ils seront soignés suivant toutes les règles de l'hygiène infantile.

Cette pouponnière pourra être avantageusement réalisée à Parnet où l'enfant trouvera toutes les garanties désirables de bonne santé (grand air, soleil, installation moderne).

On y administrera tout d'abord l'allaitement artificiel, mais on devra dans la suite, si l'on peut trouver comme à Porchefontaine, des nourrices faisant partie temporairement de l'établissement, pratiquer l'allaitement naturel ou mixte.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDRE, ALCIDE. — Consultation des nourrissons et goutte de lait d'Arques. (Paris 1908). Thèse de médecine.

ALLÉE, ALPHONSE. — Puériculture et loi Roussel. (Paris 1908). Thèse de médecine.

ALLIOT, HENRI. — Cinq années d'observations et d'efforts d'un bureau d'hygiène. (Paris 1913). Thèse de médecine.

BALLESTRE et GILLETTA. — Mortalité de la 1re enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.

BERNARD, ALAIN. — La baisse de la natalité française. (Montpellier 1910). Thèse de médecine.

BOILEAU, ALEXANDRE. — La crèche modèle d'hôpital. (Bordeaux 1909). Thèse de médecine.

BOSC. — Précis d'alimentation des nourrissons. (Montpellier, Coulet et fils, 1911).

BUDIN. — Rapport à l'Académie de Médecine sur la mortalité infantile (11 juin 1901).

BULLETIN de la Société de pédiatrie de Paris (n° 7, année 1913), relatif aux améliorations à apporter au fonctionnement des crèches des hôpitaux.

CANNET, GASTON. — La protection des enfants du 1er âge en France. (Paris 1913). Thèse de médecine.

COUFFON, OLIVIER. — Contribution à l'étude de la protection des nourrissons en France. (Paris 1910). Thèse de médecine.

CRESPIN. — Rapports annuels sur la consultation de nourrisson de l'hôpital de Mustapha (1914-1919).

DELPLAUQUE, CHARLES. — Assistance aux enfants du 1er âge privés de ressources. (Lille 1910). Thèse de médecine.

DENNERY, ALBERT. — Le linge stérilisé. (Lyon 1904). Thèse de médecine.

GUYARD, GEORGES. — Essai sur la protection des enfants du 1er âge. (Montpellier 1910). Thèse de médecine.

HOSTEING, LOUIS. — Les consultations de nourrissons. (Paris 1910). Thèse de médecine.

ICARD. — L'alimentation des nourrissons. (Aleaù 1894).

JULLEAU, LOUIS. — La protection hygiénique de l'enfance à Toulouse. (Toulouse 1913). Thèse de médecine.

LABBÉ, MARCEL. — Régimes alimentaires. (Baillière 1917).

LACAIGNE. — La chèvre et l'hygiène. (Paris 1910). Thèse de médecine.

LIGUE contre la mortalité infantile. — Le bon lait. Rapport de MM. Aviragnet, de Brévaus, Martel, Michel, Moussu. Porcher, Henri de Rothschild. (Paris 1910).

LORION, MAURICE. — Sur la mortalité infantile et l'alimentation du nourrisson. (Paris 1912). Thèse de médecine.

MARFAN. — De l'allaitement.

MARFAN. — Sterilisation du lait. (Le Nourrisson n° 2-3, 1916).

MARFAN. — Résultats de l'emploi du lait sterilisé dans l'allaitement artificiel. (Le nourrisson n° 4, 1916).

MARFAN. — Succédanés du lait stérilisé. Lait condensé, lait desséché. (Le Nourrisson n° 1. 1917).

MEYGRIER. — Les consultations de nourrissons. (Masson 1903).

MONVOISIN. — Le lait. Son analyse. Son utilisation. (Paris, Asselin et Houzeau, 1911).

MORROT. — De l'industrie des nourrices et de la mortalité des petits enfants.

NOBECOURT. — Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons (Masson 1912).

PERALDI. — Du rôle des pouponnières dans la lutte contre la mortalité infantile (Paris 1909). Thèse de médecine.

PINARD et MERY. — Enseignement de la Puericulture (1912, Imprimerie Nationale).

PUÉRICULTURE et HYGIÈNE INFANTILE. — Conférences faites pour l'enseignement des jeunes filles, sous la présidence de J. Lyon et Th. Barrois, par Bué, de Jautier, Lambling, Oui, V. Dubron (1908).

RAIMONDI. — Puericultùre et pouponnières. (Baillière 1913).

RAVON. — Guide du médecin examineur de l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, et du médecin inspecteur des enfants assistés, protégés, et des écoles. (Berger, Levrault 1911).

RENAUD-BADET. — Les crèches à Paris. (Paris 1909). Thèse de médecine.

RICHARD (Mlle). — Contribution à l'étude des enfants assistés à Alger. (Alger 1920). Thèse de médecine.

ROUVIER. — Proportions et diminution de la mortalité des nouveau-nés et des enfants à la mamelle de 0 à 1 an.

ROUVIER. — Le lait. (Baillière 1893).

SERGENT. — Recherches expérimentales sur la pathologie algérienne (1910).

SIMACOURBE. — La question du lait propre. (Paris 1911). Thèse de médecine.

STRAULS, PAUL. — Rapport sur la protection et l'assistance des mères et des nourrissons (1902).

UFFELMANN. — Traité pratique d'hygiène de l'enfance.

VINCENT. — L'Industrie nourricière. (Alger 1920). Thèse de médecine.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 11

INTRODUCTION 13

PREMIÈRE PARTIE

Étude de l'Assistance au Nourrisson à Alger

CHAPITRE I. — Etude du tour et du bureau ouvert. Critique du bureau ouvert 17

CHAPITRE II. — Histoire de l'assistance au nourrisson à Alger. Les différents moyens employés avant et après la loi Roussel pour l'allaitement des enfants.. 18

CHAPITRE III. — La nourrice mercenaire. Critiques d'ordre social et médical. Mortalité des enfants élevés suivant ce mode d'allaitement 20

CHAPITRE IV. — Ce que l'on pourrait faire pour remédier à cet état de choses. Etude de la pouponnière de Porchefontaine. Ne pourrait-on pas créer un établissement de ce genre à Alger ? 24

DEUXIÈME PARTIE

Création d'une Pouponnière à l'Hôpital Parnet

CHAPITRE I. — Description de Parnet 29

CHAPITRE II. — Organisation de la pouponnière. Etude du boxe. Etude de la salle de change. Etude de la chambre d'allaitement. Etude des pavillons pour la cure d'air 32

CHAPITRE III. — Chauffage de la pouponnière 39

Chapitre IV. — Fonctionnement de la pouponnière. Règlement des salles de couchage. Règlement de la salle de change. Règlement de la salle d'allaitement. Règlement des pavillons pour la cure d'air. Règlement des salles de contagieux..... 40

Troisième Partie

Des différents modes d'allaitement susceptibles d'être employés

Chapitre I. — De l'allaitement en général..... 45

Chapitre II. — Le lait d'ânesse..... 47

Chapitre III. — Le lait de vache..... 49

Chapitre IV. — Le lait de chèvre..... 54

Chapitre V. — Le mode d'allaitement employé à la pouponnière..... 59

Quatrième Partie

Le personnel de la pouponnière

Chapitre I. — Etude des nurses. Leur recrutement, leurs fonctions. Du personnel médical..... 61

Chapitre II. — Des frais qu'occasionnera la pouponnière. Moyens possibles de se procurer des capitaux. Subventions, dons, etc..... 63

CONCLUSIONS 65

BIBLIOGRAPHIE..... 67

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr CRESPIN.

Vu :

P. le Doyen, absent :

L'Assesseur,

Dr HÉRAIL.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 30 juin 1920.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER